

地域密着型特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）ときわ入所申込書

地域密着型特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)ときわに入所したいので、次のとおり申込します。

入所希望者の状況 ※該当する項目に☑を	フリガナ氏名			性 別	保 険 者		東 広 島 市																																				
		㊞		男 女	被 保 険 者 番 号																																						
	生年月日			歳	要介護度		1	2	3	4	5																																
	現住所	〒				認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																																				
	電話番号			携帯電話																																							
	現況	☐ 自宅で一人で生活している。☐ 自宅で家族と生活している。(同一敷地内等含) ☐ 病院に入院している。病院名：(入院時期:令和 年 月から) ☐ 施設に入所している。施設名：(入所時期:令和 年 月から) ☐ その他																																									
	入所希望理由 (複数回答可)	☐ 身寄りがいないなど、介護者がいない。 ☐ 主な介護者が離れて住んでいる又は長期入院中などの状況にあり、介護ができない。 ☐ 主な介護者が「高齢」「障害」「病気」などのため、十分な介護ができない。 <table><tr><td rowspan="2">主な介護者</td><td>フリガナ氏名</td><td colspan="2"></td><td>性 別</td><td colspan="2">本人との続柄</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td></td><td colspan="2"></td><td>男 女</td><td colspan="2">生年月日</td><td colspan="4">明・大・昭 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td>同居</td><td colspan="2">☐ 同居 ☐ 別居 ☐ その他</td><td colspan="6"></td></tr></table> ☐ 該当事由 ☐ 高齢:65歳以上 年齢()歳 ☐ 要介護状態:介護度() ☐ 障害:程度() ☐ 病気療養中:病名() ☐ 就業:勤務先() ☐ その他() ☐ 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない。 ☐ 施設や病院などから退所退院を迫られている。 ☐ その他()										主な介護者	フリガナ氏名			性 別	本人との続柄									男 女	生年月日		明・大・昭 年 月 日						同居	☐ 同居 ☐ 別居 ☐ その他							
	主な介護者	フリガナ氏名			性 別	本人との続柄																																					
					男 女	生年月日		明・大・昭 年 月 日																																			
			同居	☐ 同居 ☐ 別居 ☐ その他																																							
	入所希望時期	☐ 令和 年 月頃から ☐ その他()																																									
	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ インシュリン注射 ☐ 褥瘡(床ずれ) ☐ 在宅酸素 ☐ バルーンカテーテル ☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱 ☐ 痰吸引 ☐ その他() ☐ 病歴()																																									
	身体	視覚	☐ 問題無 ☐ 問題有(状況:)																																								
聴覚		☐ 問題無 ☐ 問題有(状況:)																																									
歯		☐ 問題無 ☐ 一部義歯 ☐ 総義歯																																									
拘縮		☐ 無 ☐ 有 (肩 肘 指 股 膝 足)																																									
障害		☐ 無 ☐ 有 (障害名: 種 等級)																																									
認知症		☐ 無 ☐ 有																																									
整容		入歯	☐ 無 ☐ 有																																								
		洗面	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助																																								
		歯磨	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助																																								
食事		介助	☐ 不要 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他()																																								
		咀嚼	☐ 容易 ☐ やや困難 ☐ 困難 ☐ その他()																																								
		嚥下	☐ 容易 ☐ やや困難 ☐ 困難 ☐ その他()																																								
	形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ その他()																																									
	治療食	☐ 無 ☐ 有 ()																																									

入れてください。

本人の
状況

	使用物	☐ 箸 ☐ スプーン ☐ フォーク ☐ その他()					
	アレルギー	☐ 無 ☐ 有 (食品名:)					
	その他	特に伝えておきたいこと ()					
日常生活	寝間	☐ ベッド ☐ 畳(布団)					
	使用具	☐ 車椅子 ☐ 歩行器 ☐ ポータブルトイレ ☐ 立位用Pバー					
	起床	☐ 自立 ☐ 手摺利用 ☐ 要介助 ☐ できない					
	歩行	☐ 自立 ☐ 手摺利用 ☐ 要介助 ☐ 老人車 ☐ 杖 ☐ できない					
	車椅子移乗	☐ 自立 ☐ 手摺利用 ☐ 要介助					
	会話	☐ 問題無 ☐ 問題有 ()					
	睡眠	☐ よく眠れる ☐ 睡眠剤服用 ☐ その他 ()					
	昼夜逆転	☐ 無 ☐ 有					
	徘徊	☐ 無 ☐ 有					
	金銭管理	☐ 自力 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	着脱衣	☐ 自力 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	人間関係	配慮が必要なこと()					
	趣味						
排泄	尿	尿意	☐ 有 ☐ 無 ☐ よくわからない				
		方法	☐ 一人でトイレ使用可 ☐ 介助によりトイレ使用可 ☐ ポータブルトイレ等を一人で使用 ☐ 介助によりポータブルトイレ等を使用 ☐ おむつ・パットを使用				
	便	便意	☐ 有 ☐ 無 ☐ よくわからない				
		排便	☐ 自便 ☐ 他便	イレウス(腸閉塞)の症歴の有無	☐ 有 ☐ 無		
		方法	☐ 一人でトイレ使用可 ☐ 介助によりトイレ使用可 ☐ ポータブルトイレ等を一人で使用 ☐ 介助によりポータブルトイレ等を使用 ☐ おむつ・パットを使用				
		後始末	☐ 必要 ☐ 不要				
	入浴		☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	職歴		主な職歴、経歴等をご記入ください()				
養申請状況		☐ 本施設のための申請 ☐ 他の施設にも申請中					
食利用限度額割合		☐ 2割以上 ☐ 5割以上 ☐ 8割以上					
のサービス利用		☐ デイサービス ☐ 訪問介護 ☐ 多世代事業 ☐ 居宅介護支援事業所					
ケアマネージャー		☐ いる 事業所名: _____ 担当者名: _____ ☐ いない					
フリガナ氏名		(印)	性別	本人との続柄			
			男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
現住所					電話		
勤務先					電話		

(注)本施設では、看護師が夜間駐在しないことから、IVH、気管支切開の方等、夜間の医療行為が必要な方についての申請は受け付けておりません。

同意書

上記申請に伴い、その決定に必要があるときは、施設が行政機関、担当ケアマネージャー、その他サービス提供事業者等の関係機関等から必要な範囲で本人及び家族の状況についての情報の提供を受けること、更には情報提供に対して同意します。

申込書提出日 令和 年 月 日

申込者 (本人又は身元 引受人)	住所		電話番号	
	フリガナ		携帯電話番号	
	氏名	㊞	メールアドレス	